

# Historia Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Historia Familia:

(Por favor llene si algun miembro de la familia tenga alguno de estos problemas medicas.)

Alcoholismo: \_\_\_\_\_  
Cáncer de Pecho: \_\_\_\_\_  
Insuficiencia Cardíaca Congestiva: \_\_\_\_\_  
Cáncer de Colon: \_\_\_\_\_  
Enfermedad de la Arteria Coronaria: \_\_\_\_\_  
Ataque Cerebrovascular: \_\_\_\_\_  
Diabetes: \_\_\_\_\_  
Problemas de la Colesterol: \_\_\_\_\_  
Problemas de la Presion/Hipertensión: \_\_\_\_\_  
Cáncer de Prostata: \_\_\_\_\_  
Cálculo Renal: \_\_\_\_\_  
Convulsiones: \_\_\_\_\_  
Cáncer de Piel: \_\_\_\_\_  
Tuberculosis: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

## Historia Social:

(Por favor marque lo que aplique.)

**Estado Civil:** -Soltero(a)- -Casado(a)- -Divorciado(a)- -Viudo(a)- -Parejo(a)-  
**Vivienda:** -En la Casa- -La Vida Asistida- -Hogar de Ancianos-  
**Occupación:** -Resente- -Retirado(a)- -Disabilitado(a)- -Nada-  
: -Maestro(a)- -Trabajo de Aceite- -Ama de Casa- -Otro: \_\_\_\_\_.  
**Alcohol:** -Nada- -De Ves en Cuando- -Diario- -Quitio (la fecha): \_\_\_\_\_.  
: Numero de bebidas \_\_\_\_ por -dia- -semana- de -cerveza- -liquor- -combo-  
**Abuso de drogas:** -Nada- -Drogas- -Drogas resetadas-/ -Corriente- -En el Pasado-  
: Inyecciones \_\_\_\_\_, Quitio (la fecha) \_\_\_\_\_.

## Historia Medica Pasada:

(Favor de marcar y llenar donde apropiado.)

Ultimo EKG: \_\_\_\_\_  
Ultimo Chequio de Sangre: \_\_\_\_\_

Ultimo Chequio de Colon: \_\_\_\_\_

Mujer:

Ultimo Papnicolau: \_\_\_\_\_

Ultimo Mammografia: \_\_\_\_\_

Ultimo Prueba de Densidad Mineral Ósea: \_\_\_\_\_

(Marque cada uno que aplique.)

\_\_\_\_\_ Anemia

\_\_\_\_\_ Ansiedad

\_\_\_\_\_ Asthma: -agudo(a)- -crónico(a)- -inducido por ejercicio-

\_\_\_\_\_ Cáncer: -vejiga- -sangre- -hueso- -cerebro- -pecho- -colon- -higado-  
-pulmón- -linfa- -ovárico- -pancreático- -próstata- -piel- -tiroides-  
-uterino- -otro: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Insuficiencia Cardíaca Congestiva

\_\_\_\_\_ Enfermedad de la Arteria Coronaria

\_\_\_\_\_ Depreción

\_\_\_\_\_ Diabetes: -tipo 1- -tipo 2-

\_\_\_\_\_ Glaucoma

\_\_\_\_\_ Gota

\_\_\_\_\_ Problemas del Colesterol

\_\_\_\_\_ Alta Preción

\_\_\_\_\_ Problemas del Tiroides

\_\_\_\_\_ Lupus

\_\_\_\_\_ Migranias

\_\_\_\_\_ Osteoartritis

\_\_\_\_\_ Embarazo: # \_\_\_\_\_, # \_\_\_\_\_ de niños(as).

\_\_\_\_\_ Problemas de riñones

\_\_\_\_\_ Convulsiones

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

REX L. MANN, M.D. (3/3)

Historia de Cirugias Pasada:

(Favor de llenar e lano y donde le hicieron cirugia.)

Apendicectomía: \_\_\_\_\_

Suspención de Vejiga: \_\_\_\_\_

Injerto de Revascularización Arteria Coronaria: \_\_\_\_\_

Stent Carótida: \_\_\_\_\_

Stent Coronaria: \_\_\_\_\_

Cesaria: \_\_\_\_\_

Reparación de la Hernia: \_\_\_\_\_

Histerectomía: \_\_\_\_\_  
-vaginal- -abdominal- / Ovarios: -removidas- -remanacer-  
Extracción de la Vesícula Biliar: \_\_\_\_\_  
Tubos en los Oídos: \_\_\_\_\_  
Reparación del Manguito Rotador: \_\_\_\_\_ -derecho- -izquierda- -ambos(as)-  
Amigdalotomía y Eleminación de Adenoides: \_\_\_\_\_  
Amigdalotomía: \_\_\_\_\_  
Reemplazo Total de Cádera: \_\_\_\_\_ -derecho- -izquierda- -ambos(as)-  
Reemplazo Total de Rodilla: \_\_\_\_\_ -derecho- -izquierda- -ambos(as)-  
Ligadura de Trompas: \_\_\_\_\_  
Vasectomía: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Demográficas:

Idioma Preferido: -Ingles- -Español- -Otro: \_\_\_\_\_.  
Raza: -White- -African American- -Native American- -Asian-  
-Middle Eastern- -Otro: \_\_\_\_\_  
Ethnicidad: -Hispaño- -No Hispaño-  
Comunicación Preferido: -Teléfono- -Cellular- -Postal/Correo-  
Copia Electronica de Información Clínica: -si- -no-  
(Mire a la secretaria para explicación.)  
Estado de fumar: -Diario- -En Occasión- -Nunca- -Quitio, fecha: \_\_\_\_\_  
Farmacia: \_\_\_\_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_